CAPÍTULO 5

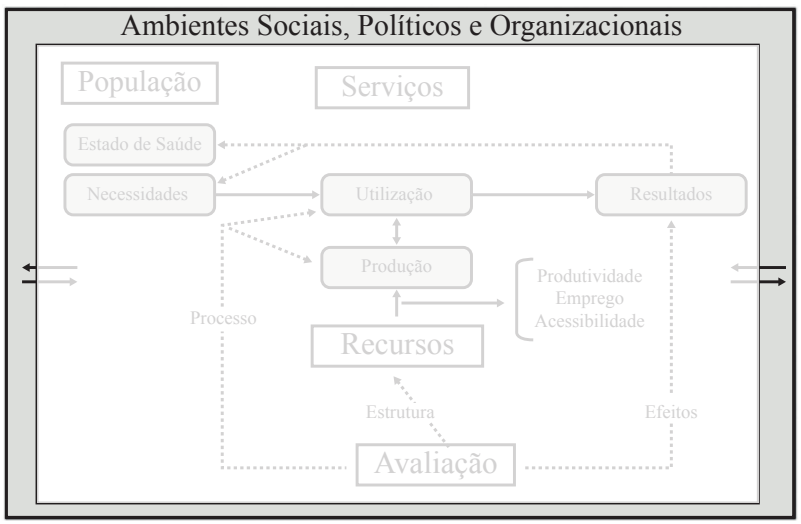
INFLUÊNCIA DO CONTEXTO E DOS VALORES SOBRE O SISTEMA DE SAÚDE

Objetivos do capítulo

25. Comparar as posições liberalistas e igualitaristas.
26. Distinguir igualdade e equidade.
27. Aplicar os conceitos de igualdade, de equidade, de liberalismo e de igualitarismo à análise dos problemas identificados no sistema de saúde.

Ao longo dos capítulos anteriores, fizemos referência ao fato de que o contexto, seja ele organizacional ou institucional, pode agir sobre a dinâmica interna do sistema de saúde. Essa ação pode ser exercida por meio de agentes ou de fatores presentes e de suas ligações a seu ambiente. Pode-se tratar de associações profissionais, de grupos de interesse, de recursos financeiros ou outros que o sistema pode adquirir, ou de tecnologias que, no domínio da saúde, estão intimamente ligadas às práticas profissionais e as marcam de forma determinante. Todas essas influências são representadas na figura 5.1 pelos ambientes sociais, políticos e organizacionais.

FIGURA 5.1 – O sistema de saúde: influência do contexto e dos valores



Duas posições opostas: liberalista e igualitarista

Em nível societal, os valores sociais dominantes impõem-se e influenciam todo o sistema. Para ilustrar esse ponto, adotemos duas posições opostas sobre o plano dos valores sociais, aos quais denominaremos, para os fins de nossa proposta: posição liberalista e posição igualitarista (DONABEDIAN, 1973). Os pontos de vista de defensores hipotéticos de cada uma dessas posições, a respeito dos diferentes temas ligados aos valores sociais disseminados, são apresentados na tabela 5.1. De modo geral, a posição liberalista enfatiza o sucesso pessoal e a liberdade dos indivíduos em relação ao poder de coerção que permite a intervenção do Estado. A posição igualitarista baseia-se, em primeiro lugar, no conceito de igualdade diante das possibilidades oferecidas aos indivíduos. Em outras palavras, para os defensores da posição igualitarista, os indivíduos não possuem, realmente, chances iguais que, além de determinados requisitos, tais como a educação e a saúde, são oferecidos a todos, independentemente de sua condição socioeconômica.

No sistema de saúde, a posição igualitarista foi associada a uma forma de coletivismo que é expresso desde o século XIX com o estabelecimento do sistema bismarckiano e, mais tarde, do sistema beveridgiano (ROSANVALLON, 1995). A diferença entre as

duas é que o sistema bismarckiano é com base nos mecanismos das garantias sociais. Esse último foi o que a Alemanha e a França atuais adotaram. Em contrapartida, no sistema beveridgiano, conforme instaurado no Reino Unido, prestações uniformes são destinadas a toda a população, a partir das rendas fiscais do Estado. Nos dois casos, a responsabilidade pelos indivíduos inspira-se em um princípio de solidariedade.

TABELA 5.1 – Valores sociais que influenciam a dinâmica interna do sistema de saúde

Valores	**Posição liberalista** (Importância do sucesso pessoal e da liberdade individual em face dos poderes políticos de coerção)	**Posição igualitarista (Importância da igualdade de chances)**
1. Responsabilidade pessoal	Toda recompensa deve ser merecida (como os cuidados à saúde).	Determinados bens (como os serviços de saúde e a educação) são direitos, mais que privilégios.
2. Consciência social	A caridade e a filantropia são meios de auxiliar aqueles que não obtêm sucesso.	O Estado deve implantar mecanismos para evitar o uso da caridade, que é degradante e imprevisível para o indivíduo.
3. Liberdade	A intervenção do Estado dificulta as liberdades individuais.	O Estado deve garantir que as liberdades individuais possam ser expressas, ou seja, que os indivíduos possam fazer escolhas.
4. Igualdade	Reconhecimento da igualdade perante a lei.	É preciso, primeiramente, que as oportunidades sejam iguais para que os indivíduos possam se realizar.

Adaptado de: DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1973. p. 4-15.

A posição liberalista é oposta à liberação igualitarista. Ela inspirou o estabelecimento de sistemas de saúde nos quais o financiamento privado é importante, proveniente dos indivíduos, seja direta ou indiretamente por meio dos seguros privados. Esse é o caso, por exemplo, dos EUA, onde, em 2008, a parte das despesas públicas de saúde representava apenas 46% das despesas totais de saúde, em comparação ao Canadá, onde elas ultrapassavam os 70% (ICIS, 2010).

Claramente, essas duas posições opostas representam tipos ideais, mas, na verdade, não existem tipos puros. Os sistemas sociopolíticos, dos quais o sistema de saúde faz parte, são muito complexos para reduzi-los a apenas um ou outro desses rótulos. Na realidade, é mais observada uma mistura de elementos oriundos desses tipos opostos. Dessa forma, é possível ver frequentemente regimes universais de acessibilidade aos cuidados coabitarem com condições que permitem grande autonomia, tanto aos profissionais quanto aos usuários dos serviços. É possível observar, igualmente, que os sistemas inspirados em Beveridge e Bismarck tendem a se aproximar e, até mesmo, a se confundir, emprestando elementos um do outro (VAN DER ZEE e KRONEMAN,

2007; OR *et al.*, 2009). Não obstante, esses dois regimes repousam sobre valores um tanto quanto diferentes. Em um sistema beveridgiano, a igualdade está em primeiro plano, tendo todos os cidadãos direito aos cuidados à saúde, independentemente de sua contribuição financeira. Já o sistema bismarckiano é com base nos princípios de solidariedade, de pluralismo e de liberdade, o que explica, provavelmente, nos dois tipos de sistemas, a presença mais importante das organizações privadas, que fornecem cuidados à saúde e maior respeito pela autonomia profissional, que se expressa na remuneração por procedimento e em maior independência dos médicos (OR *et al.*, 2009).

Do mesmo modo, a corrente neoliberalista que afeta atualmente diversos países, unida à alta vertiginosa dos custos, tende a justificar a retirada dos Estados no que diz respeito ao financiamento dos sistemas de saúde e a abrir as portas a um financiamento privado cada vez mais importante. O principal argumento utilizado para justificar essa retirada do Estado é a falta de viabilidade financeira dos sistemas de saúde públicos, mas tal afirmação revela, provavelmente, mais mitos que realidade (FCRSS, 2001).

Equidade ou igualdade?

No centro do debate sobre os valores sociais encontram-se os conceitos de equidade e de igualdade. Para buscar a lógica do processo conceitual adotado aqui, a igualdade refere-se à divisão igual da saúde entre os indivíduos e os grupos na coletividade. Esse é um conceito essencialmente estatístico e descritivo. Se juntarmos a ele um julgamento sobre o que é socialmente justo, então falaremos de equidade. A justiça social exige que cada indivíduo possa beneficiar-se dos cuidados à saúde, receber serviços e ter acesso aos recursos de acordo com suas necessidades. Quanto maiores forem as necessidades, mais importante deve ser o investimento coletivo; isto quer dizer que, para alcançar a equidade, é preciso, por vezes, acentuar as desigualdades. Essa perspectiva remete-se à teoria de igualitarismo liberal de John Rawls, que é uma variante do igualitarismo de acordo com o qual certas desigualdades são socialmente justificáveis se beneficiam os mais pobres (ARNSPERGER e VAN PARIJS, 2003). É assim que justificamos que os menos favorecidos consomem mais serviços de saúde, pois suas necessidades são maiores que as dos mais favorecidos.

O conceito de necessidade está, portanto, no centro da definição de equidade. Agora, conforme vimos no capítulo 1, a definição de necessidade varia conforme nos referimos à saúde, aos serviços ou aos recursos. Dessa forma, quanto mais se afasta do polo saúde na sequência da tríade "saúde–serviços–recursos", mais o conceito de equidade se torna difícil de ser definido com precisão. De um lado, ele não parece carregar ambiguidade sobre o fato de que as desigualdades na saúde podem igualmente constituir iniquidades. Mas, por outro lado, quando se trata dos serviços ou dos recursos, a situação é mais complexa. De fato, é plausível que, para resolver problemas de desigualdade de saúde entre os diversos grupos de uma coletividade, não é no nível dos serviços de saúde que falta uma ação, mas sim no nível de outros determinantes da saúde. Nesse caso, desigualdade e iniquidade de saúde não encontram necessariamente sua solução

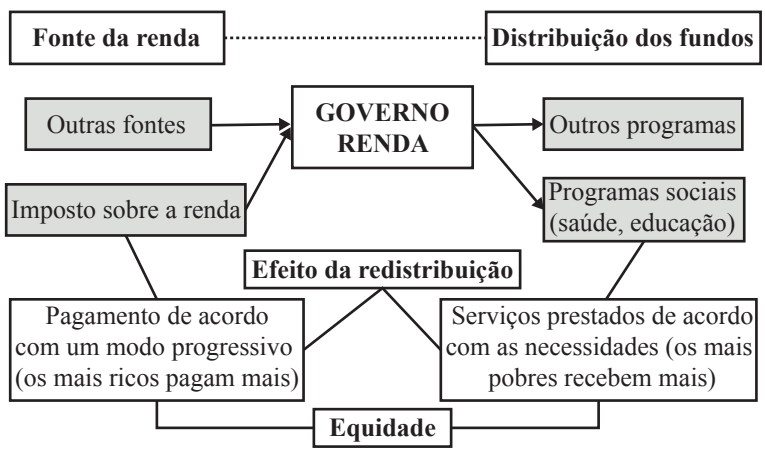
em uma desigualdade de acesso aos serviços em favor dos menos favorecidos, mas na busca de soluções que dependem provavelmente mais da saúde pública que dos serviços de saúde.

Retomemos, agora, o quadro conceitual apresentado na introdução e tentemos ver em que medida os contextos sociais, políticos e organizacionais influenciam os diversos componentes do sistema de saúde (figura 5.1).

Alguns exemplos

Ilustremos nossa proposta com três exemplos. O primeiro demonstra a influência que exerce um sistema de financiamento público em um regime do tipo beveridgiano. Trata-se, portanto, conforme destacamos acima, de um regime mais alinhado com uma posição igualitarista. A figura 5.2 apresenta a dinâmica de um referido sistema referente à equidade.

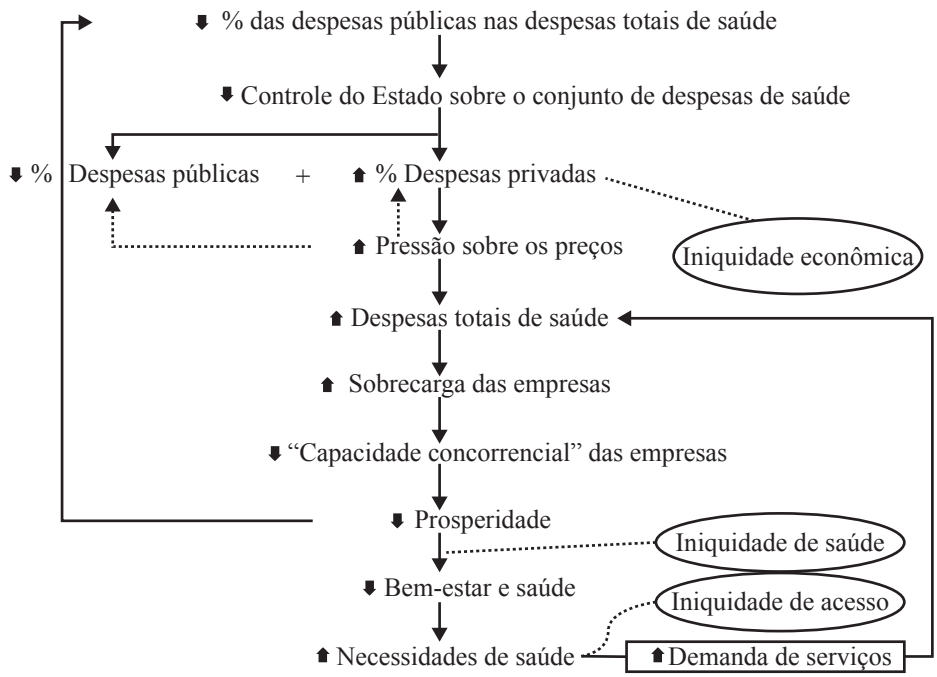
FIGURA 5.2 – O alcance da equidade em um sistema de financiamento público do tipo beveridgiano



A principal fonte das rendas do governo provém da fiscalidade. Em um regime de imposição de acordo com um modo progressivo, conforme uma visão igualitarista, os mais ricos pagam mais impostos, causando um efeito de redistribuição entre os mais ricos e os mais pobres, contribuindo, assim, a uma equidade maior. Quanto à distribuição dos fundos entre os diversos programas e serviços, o acesso universal aos serviços permite aos menos favorecidos receberem mais serviços que os mais favorecidos, pois suas necessidades são maiores. Esta desigualdade na prestação dos serviços em favor dos menos favorecidos contribui igualmente para uma equidade maior. Em outras palavras, o financiamento do sistema de saúde pública e da prestação de serviços, em um regime de acessibilidade universal aos cuidados à saúde, convergem para aumentar a equidade.

No segundo exemplo que se segue, o efeito de uma retirada do Estado no financiamento da saúde é analisado. Conforme mencionado anteriormente, este é o caso de diversos países que possuem sistemas públicos de saúde, mas onde o aumento dos custos, junto com a adoção de uma ideologia neoliberal, pressiona os governos para a diminuição do financiamento público dos serviços de saúde. Como é possível ver na figura 5.3, o ponto de partida é a diminuição da parte das despesas públicas em detrimento das despesas privadas que, para compensar, devem aumentar, o que tem como efeito a diminuição da influência que o Estado pode exercer sobre o controle das despesas totais da saúde.

FIGURA 5.3 – Efeitos em longo prazo da retirada do governo do financiamento dos serviços de saúde



O aumento das despesas privadas, sobre as quais o Estado não possui controle, exerce, portanto, pressão inflacionária sobre os preços e, por reação mimética, sobre as outras despesas públicas, o que tem por consequência um aumento das despesas totais de saúde. A esse respeito, o exemplo dos EUA é surpreendente. As grandes empresas, no quadro das convenções coletivas assinadas com os sindicatos, comprometem-se a oferecer a seus funcionários seguros privados, aumentando, assim, sua carga financeira e diminuindo sua capacidade concorrencial sobre o mercado mundial. Determinadas empresas são favoráveis a um regime público de seguro de saúde universal por esse motivo. Essa carga financeira pode, portanto, acarretar uma baixa de prosperidade e de bem-estar da população e contribuir para um aumento das necessidades de saúde. Essas

necessidades são, provavelmente, mais pronunciadas no caso dos menos favorecidos devido às perdas de emprego e de sua maior vulnerabilidade à deterioração das condições econômicas. Um aumento das necessidades deve ser traduzido por um recurso acrescido aos serviços, mas as barreiras financeiras do acesso aos cuidados à saúde são multiplicadas para os mais pobres, resultando em maior iniquidade. Esse exemplo ilustra a tendência da queda do polo igualitarista em direção ao polo liberalista observado em diversos países que possuem sistemas públicos de saúde, sejam eles bismarckianos ou beveridgianos.

Um terceiro exemplo refere-se ao "tíquete moderador", ou das despesas de utilização, como alguns o chamam. A instauração do tíquete moderador é baseada na crença segundo a qual os pacientes abusam do sistema e são os principais agentes responsáveis pelo aumento dos custos. Agora, como vimos no capítulo 2, o indivíduo que recorreu aos cuidados à saúde é responsável apenas por uma ínfima parte da utilização dos serviços; a parte mais importante origina-se nas decisões médicas. As "primeiras consultas", segundo R. G. Evans, representam apenas de 6 a 7% do total das despesas de saúde no Canadá (FCRSS, 2001).

A experiência da província canadense de Saskatchewan, a esse respeito, é reveladora. Em 1968, essa província canadense implantou um sistema de tíquete moderador (copagamento) para aboli-lo sete anos mais tarde. A redução de 6% da utilização anual dos serviços médicos foi realizada às custas das pessoas idosas e dos pobres, que reduziram em 18% o número de suas consultas médicas. Em contrapartida, os custos globais dos cuidados à saúde não diminuíram por dois motivos. Em primeiro lugar, os honorários dos médicos aumentaram; e, em segundo lugar, os mais favorecidos consultaram seus médicos com mais frequência. Esse estudo mostrou que a aplicação do tíquete moderador penaliza os mais enfermos e os mais pobres, aumentando, assim, a iniquidade, sem exercer o efeito esperado sobre os custos de saúde. Essa conclusão foi exatamente a mesma no estudo da Rand Corporation, nos EUA. Todas as pesquisas convergem à conclusão de que o tíquete moderador favorece as pessoas ricas e com melhor condição de saúde e penaliza os mais enfermos e os mais pobres (FCRSS, 2001).

Pode-se, assim, adotar diversos outros exemplos nos quais os valores dominantes da sociedade influenciam a organização interna do sistema de saúde. Entre outros exemplos, temos a remuneração por procedimento médico, que é muito compatível com uma posição liberalista. De modo inverso, temos a remuneração dos médicos de acordo com o modo da capitação, que é associado a uma posição mais igualitarista no quadro de um sistema que enfatiza a responsabilização dos órgãos de cuidados à saúde referentes a uma população. Finalmente, e de modo geral, a cobertura pública das despesas de saúde apresenta-se como posição igualitarista.

* * *

Vimos, portanto, e alguns podem perceber nisso um paradoxo, que a igualdade simples não está necessariamente ligada ao igualitarismo; ela está, por vezes, muito as-

sociada à posição liberalista. É a equidade que distingue a posição igualitarista, ao considerar as necessidades dos indivíduos e a responsabilização da coletividade para atender a essas necessidades.

Os sistemas de saúde possuem papel importante no alcance de uma equidade social maior, tanto no plano de seu financiamento, pela ligação que possuem com a fiscalidade, quanto na prestação de serviços. Eles possuem tanto um papel de redistribuição dos recursos quanto de regulamentação do acesso aos serviços, de acordo com as necessidades. Isso quer dizer que uma análise dos sistemas de saúde deve considerar o ambiente social, o econômico e o político nos quais são inseridos, a fim de compreender a dinâmica interna das forças que os governam.

O sistema de saúde faz parte do sistema social, mais amplo e muito complexo, no qual os valores ora convergentes, ora divergentes, coexistem e constituem o fundamento ideológico que guia os diferentes agentes em suas orientações e em suas ações. Essas diferentes influências modulam os diferentes componentes desse sistema e suas inter-relações contribuindo, assim, com a atribuição de seu caráter distintivo.

EXERCÍCIOS

1. Posição igualitarista ou liberalista

O objetivo desse exercício consiste em familiarizar o leitor com os dois grandes tipos de valores sociais que influenciam a escolha de planejamento da saúde. A posição liberalista enfatiza a importância do sucesso pessoal e da liberdade individual em face dos poderes de coerção política. A posição igualitarista insiste na importância da igualdade de chances e no papel regulador do Estado na proteção desse direito fundamental.

Para cada um dos enunciados a seguir, indique a qual posição ele corresponde: igualitarista ou liberalista?

		Posição igualitarista	**Posição liberalista**
1.1	Um regime público de seguro de doença unicamente para os menos favorecidos (beneficiários do auxílio social).		
1.2	Uma renda mínima garantida para todos.		
1.3	Um regime fiscal no qual a taxa de imposição aumenta em função do nível de rendimentos tributáveis.		
1.4	Subvenções atribuídas aos colégios privados para favorecer o acesso a um número maior de estudantes.		
1.5	A saúde e a educação são requisitos aos quais todos têm direito, independentemente de sua situação socioeconômica.		
1.6	As forças que governam a sociedade e, principalmente, os mercados, interagem naturalmente de forma harmoniosa.		
1.7	O Estado possui a responsabilidade de favorecer a expressão das liberdades individuais.		
1.8	Taxas moderadoras (copagamentos) proporcionais ao custo dos serviços.		

2. Igualdade e equidade

Em sua opinião, os enunciados a seguir são verdadeiros ou falsos?

	Verdadeiro	**Falso**
2.1 A igualdade é inevitavelmente acompanhada da equidade.	[ ]	[ ]
2.2 Com necessidades iguais, a igualdade entre os grupos de uma população equivale à equidade?	[ ]	[ ]
2.3 Segundo a visão liberalista, as desigualdades de saúde ou de acesso aos cuidados à saúde não são inevitavelmente iníquas.	[ ]	[ ]
2.4 Para serem equitativas em relação à saúde, os serviços devem ser oferecidos de forma igualitária.	[ ]	[ ]